

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

48

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 novembre 1904, à 1 heure

Par Emile LABELLE

Contribution à l'étude

DES PROCIDENCES

DANS LES PRÉSENTATIONS CÉPHALIQUES

(Statistique faite à la clinique Baudelocque du 1^{er} janvier 1900 au 1^{er} janvier 1904)

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. TERRIER, professeur.
LEGUEU et WALLICH, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	RECLUS.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophthalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible hommage de ma reconnaissance.

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LETULLE

Médecin des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR QUÉNU

Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR COMBY

Médecin des hôpitaux.

Expression de ma respectueuse affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine
de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

*Hommage de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt
qu'il nous a témoigné et l'honneur qu'il nous fait en présidant
cette thèse.*

INTRODUCTION

La procidence du cordon, si bien étudiée par Mme Lachapelle (1), a fait depuis le mémoire de l'illustre sage-femme l'objet d'un grand nombre de travaux. Si rien ne reste à dire au sujet de la symptomatologie et du diagnostic de cette complication, il n'en est cependant pas de même en ce qui concerne l'étiologie et le traitement. C'est surtout sur ces points qu'ont porté depuis un certain nombre d'années les recherches du professeur Pinard en particulier et de son école (MM. Varnier, Gibory et Perrossier). Et c'est pendant notre passage à la Clinique Baudelocque que nous avons eu l'idée de choisir ce travail comme sujet de notre thèse inaugurale.

Sous le nom de procidence, Mme Lachapelle décrivait : « la chute intempestive d'une partie quelconque du fœtus qui, vu sa ténuité ou sa mobilité, ne peut

1. *Pratique des accouchements* par Mme LACHAPELLE. TOME III; IX^e mémoire, Paris, 1825.

constituer par elle-même une présentation particulière et qui, au contraire, accompagne ordinairement la présentation d'une région plus étendue. »

A cette définition, le professeur Pinard a substitué : « la chute intempestive d'une petite partie fœtale qui, n'appartenant pas à la présentation, précède ou accompagne celle-ci, lorsqu'elle tend à s'engager ou s'engage dans la filière pelvi-génitale. »

Cette dernière définition correspond seule à la réalité ; elle permet en effet d'écarter du nombre des procidences les cas dans lesquels le bras pend dans le vagin, dans la présentation de l'épaule et ceux dans lesquels un membre inférieur défléchi sort par la vulve dans la présentation du siège. Cette déflexion des membres n'imprime pas au travail une marche particulière ; elle n'influence pas le pronostic pour la mère ni pour l'enfant ; elle ne nécessite pas une thérapeutique particulière : par tout cela, elle diffère complètement des procidences proprement dites.

Il est classique aujourd'hui de distinguer la procidence proprement dite et le procubitus. Dans la procidence, la partie fœtale précède la présentation ; dans le procubitus, elle l'accompagne et ne la dépasse pas. Il y a là une distinction importante au point de vue clinique.

L'étude des procidences n'est vraiment intéressante que dans les cas où l'enfant a plus de six mois de vie intra-utérine. De même, la procidence du cordon qui

s'observe souvent dans l'expulsion des produits de conception morts et macérés présente bien peu d'importance.

Notre étude porte exclusivement sur les accouchements prématurés ou à terme d'enfants vivants au début du travail.

Ajoutons que nous ne retiendrons dans notre travail que les cas de procidence dans lesquels l'enfant s'est présenté par l'extrémité céphalique fléchie ou défléchie

On peut se faire une idée exacte de la fréquence des procidences dans une grande maternité de Paris en réunissant les documents qui ont été recueillis à ce sujet dans le service du professeur Pinard.

Pendant les années 1885, 1886, 1887, 6185 accouchements se font dans ce service et MM. Varnier, Crespin et Lepage, qui s'y succèdent comme internes y observent :

38 procidences, soit 1 pour 160 accouchements (1).

Du 6 juillet 1889 (date de la fondation de la clinique Baudelocque) au 10 mai 1893, 5.509 accouchements au nombre desquels Gibory (2) relève 74 cas de procidence, soit 1 pour 75 accouchements.

Du 10 mai 1893 au 1^{er} janvier 1900, 14.843 accouche-

1. Les procidences par H. VARNIER, in *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, novembre 1890.

2. Contribution à l'étude de la procidence et du procubitus du cordon ombilical par GIBORY. *Th. de Paris*, 1893.

ments, au nombre desquels Perrossier (1) compte 93 cas de procidence, soit 1 pour 159 accouchements.

En consultant les observations des 8.839 accouchements qui ont été faits dans le service du 1^{er} janvier 1900 au 1^{er} janvier 1904, nous avons nous-même trouvé 94 cas de procidence, soit 1 pour 94 accouchements.

En réunissant ces statistiques, nous trouvons que pour un total de 35.376 accouchements faits dans le service du professeur Pinard, il y a eu 299 cas de procidence, soit 1 pour 118 accouchements.

Il était intéressant de rechercher quelle est la fréquence des procidences suivant la présentation. Voici les résultats auxquels nous sommes arrivé :

Du 1^{er} janvier 1900 au 1^{er} janvier 1904, il y a eu à la clinique Baudelocque : 7.810 cas de présentation de l'extrémité céphalique avec 64 procidences soit 1 pour 122 ;

297 cas de présentation du siège avec 16 procidences soit 1 pour 18,5.

38 cas de présentation de l'épaule avec 12 procidences soit 1 pour 3,1.

Ces chiffres nous permettent de tirer une conclusion qui a une importance générale en pratique :

Les procidences s'observent beaucoup plus rarement dans les cas de présentation céphalique que dans les autres présentations.

1. La procidence et le procubitus du cordon ombilical à la Clinique Baudelocque du 10 mai 1893 au 1^{er} janvier 1900, par PERROSSIER, *Th. de Paris*, 1900.

Il y a là une raison à ajouter à bien d'autres pour désirer que l'enfant se présente par l'extrémité céphalique et pour faire considérer par l'accoucheur qu'il est de son devoir de ramener la tête au-dessus du détroit supérieur quand il l'en trouve éloignée pendant la grossesse.

Sur 64 cas de procidence que nous avons relevés : 63 fois l'extrémité céphalique s'est présentée fléchie ; 1 fois, il y avait présentation de la face. Ce dernier chiffre est trop peu important pour que nous puissions en tirer une conclusion à propos de la fréquence des procidences suivant que la tête est fléchie ou défléchie.

55 fois, il y avait procidence proprement dite ; 9 fois procubitus. *Le procubitus est plus rarement constaté que la procidence proprement dite.* Il est bien difficile d'établir une proportion exacte entre le nombre des procidences et celui des procubitus. Ceux-ci passent trop souvent inaperçus soit par suite de leur réduction spontanée, soit par suite de l'inattention de l'accoucheur ou de la sage-femme.

Il y a eu procidence :

du cordon ombilical seul	39 fois.
du cordon et d'une main	4 —
du cordon, d'une main et d'un pied	5 —
des membres thoraciques seuls	15 —
d'un pied et des deux mains	1 —

Avec M. Varnier, nous pouvons donc répéter après Mme Lachapelle :

« Ce cordon est de toutes les parties mobiles du fœtus celle qui se déplace le plus aisément et il accompagne souvent les autres parties susceptibles de déplacement ; la main est après le cordon la partie la plus mobile, enfin les pieds ne tombent presque jamais que dans des circonstances tellement favorables qu'ils sont habituellement accompagnés du cordon et de la main. »

CHAPITRE I

Conditions dans lesquelles ont été observés les 64 cas de procidence de notre statistique.

Lorsqu'il y a accommodation pelvienne du fœtus, les conditions anatomiques rendent impossible la procidence du cordon ou d'un membre. La tête du fœtus est profondément engagée dans l'excavation pelvienne, coiffée, pour ainsi dire, par les parois du segment inférieur qui se moulent sur elle, et dont elle est à peine séparée à sa partie inférieure par une mince couche de liquide ; les parties molles de l'excavation pelvienne comprimées entre la tête fœtale et la paroi osseuse, toutes deux très résistantes, forment à la calotte de tissu utérin une doublure solide qui prévient tout écartement entre la paroi du segment inférieur et la tête fœtale. On conçoit facilement que, dans ces conditions, il y ait peu à redouter de voir le cordon ou un petit membre glisser entre la tête et la paroi utérine pour venir se placer en avant de la présentation. Tout au plus, sous l'influence de fortes contractions utérines du

travail, une petite anse du cordon et plus rarement une main pourront-elles s'insinuer à frottement entre la paroi utérine et la tête, constituant alors un procubitus.

Les conditions que nous venons d'indiquer se rencontrent au moment du travail et pendant les deux derniers mois de la grossesse chez les primipares et pendant les quinze derniers jours chez les multipares. Mais il y a bien des exceptions à cette règle.

Dans un trop grand nombre de cas, le fœtus ne subit pas d'accommodation pelvienne pendant la grossesse, et au moment où le travail commence, les conditions anatomiques sont toutes différentes de celles que nous venons d'indiquer : la présentation fœtale reste élevée au-dessus du détroit supérieur dont elle ferme mal l'aire irrégulière. Au-dessous de la présentation, le segment inférieur, peu développé, forme une cavité conique à base supérieure remplie par du liquide amniotique en large communication par la hauteur de la présentation avec le liquide qui entoure le tronc du fœtus et dans lequel nagent le cordon et les petits membres du fœtus. Lorsque les contractions utérines douloureuses engagent la présentation dans le bassin dès le début du travail, tout danger de procidence se trouve écarté. Mais, bien souvent, la présentation reste élevée pendant une longue période du travail, la poche des eaux volumineuse constitue une loge toute préparée pour recevoir le cordon qui, chassé par la contraction utérine, a été pris au-dessous de la présentation. La paroi utérine, qui au lieu de coiffer la présentation comme tout à

l'heure, ne fait plus que la ceinturer au niveau de sa grande circonférence, constitue un obstacle insuffisant au passage du cordon de la loge moyenne dans la loge inférieure de la cavité utérine.

A ces dispositions défavorables s'ajoute encore l'irrégularité de la présentation, lorsque le fœtus se présente par le siège ou par l'épaule. Ainsi s'explique la plus grande fréquence des procidences dans les cas de présentation autre que celle de la tête.

En résumé, nous dirons :

La seule cause des procidences pendant le travail est la non-accommodation pelvienne du fœtus.

Que vient nous démontrer l'étude détaillée des conditions étiologiques dans lesquelles s'est produite la procidence dans les 64 cas qui constituent notre statistique ?

Nombre des grossesses antérieures.— Parmi les causes qui retardent l'accommodation pelvienne du fœtus pendant la grossesse et pendant le travail, il faut citer au premier rang : la multiparité.

La paroi abdominale se distend sous l'influence des grossesses successives et ne forme plus à la mince paroi utérine cette doublure solide musculo-aponévrotique qui, chez les primipares, sollicite le fœtus à s'accommoder au bassin. La tête ne s'engage que pendant les quinze derniers jours de la grossesse, au début ou même à une période avancée du travail. C'est là, nous l'avons vu, une condition importante pour la production des procidences.

Parmi les 64 femmes de notre statistique, on les trouve enceintes :

Pour la première fois :	19
Pour la deuxième fois :	17
Pour la troisième fois :	11
Pour la quatrième fois :	5
Pour la cinquième fois et plus :	12

En tenant compte que, sur les 7810 observations de présentations céphaliques qui nous ont servi à établir notre statistique, 3267 concernent des femmes primipares, 4543 des femmes multipares, nous trouvons :

Pour les primipares : une procidence pour 171.

Pour les multipares : une procidence pour 100.

La multiparité, cause importante du retard de l'accommodation, est une cause de procidence.

Lieu d'insertion du placenta. — L'insertion basse du placenta est une cause classique et banale du retard d'accommodation pelvienne du fœtus ; comme telle, nous pouvons pressentir qu'elle agit dans nos observations comme cause de procidence en général. Mais l'insertion basse du placenta agit encore d'une autre façon pour provoquer la procidence du cordon en particulier. Plus le placenta s'insère bas sur la paroi du segment inférieur, plus l'insertion du cordon se rapproche de l'orifice utérin et plus aussi les chances de procidence augmentent.

Il y a plus : lorsque le placenta est inséré sur le

segment inférieur, les chances de procidence du cordon varient suivant le lieu d'insertion du cordon ; plus l'insertion du cordon sur le placenta se rapproche du bord inférieur de cet organe et plus la procidence est à redouter. Nous reviendrons dans un instant sur ce point qui nécessite une attention particulière.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'insertion basse du placenta est la cause la plus importante de la rupture prématurée ou précoce des membranes : et l'on conçoit aisément qu'il faille redouter une procidence lorsque, chez une femme enceinte ou au début du travail, il se produit un brusque écoulement de liquide amniotique, la présentation non engagée ne faisant pas, pour ainsi dire, un bouchon qui retienne les petites parties fœtales dans les segments supérieur et moyen de la cavité utérine.

Dans 5 de nos observations il s'agissait de placenta gémellaire.

12 fois, les membranes étaient déchirées ; on ne put se rendre compte du lieu d'insertion du placenta.

8 fois le placenta était inséré à plus de 10 cm. au-dessus de l'orifice.

39 fois le placenta était inséré à 10 cm. et moins de l'orifice utérin, savoir :

7 fois au bord même de l'orifice utérin.

5 fois à 2 cm. —

2 fois à 4 cm. —

6 fois à 5 cm. —

4 fois à 6 cm. —

1 fois à 7 cm. de l'orifice utérin.

5 fois à 8 cm. —

3 fois à 9 cm. —

6 fois à 10 cm. —

4 fois sur 5, d'après notre statistique, le placenta est inséré au segment inférieur, dans les cas de procidence.

Dimensions du bassin. — Le rétrécissement du bassin est une cause importante de non-accommodation pelvienne du fœtus; nous le trouvons signalé 12 fois sur nos 64 cas de procidence.

Dans ces 12 cas, le diamètre promonto-sous-pubien mesurait:

92 mm.		2 fois.
94 mm.		1 —
97 mm.		1 —
99 mm.		1 —
103 mm.		1 —
104 mm.		1 —
106 mm.		3 —
107 mm.		1 —
108 mm.		1 —

Il y a lieu de penser que le rétrécissement du bassin a existé encore plus souvent que nous ne l'indiquons. Dans un certain nombre d'observations, la lenteur du travail, le défaut d'engagement de la tête jusqu'à la fin du travail (en l'absence d'une autre cause de non-accom-

modation pelvienne), l'histoire des accouchements antérieurs permettent de soupçonner un faible rétrécissement du bassin que le défaut de disproportion entre la tête et le bassin rendait peu important à constater exactement.

Le rétrécissement du bassin se rencontre fréquemment dans les cas de procidence.

De la quantité de liquide amniotique. — L'exagération de la quantité de liquide amniotique se trouve signalée dans 9 observations. Deux fois seulement la quantité du liquide a été mesurée (2500 gr : obs. 27 et 61.)

En dehors de son influence comme agent important de non-accommodation pelvienne du fœtus, l'hydramnios favorise les procidences par un mécanisme spécial. Par suite de l'accumulation du liquide amniotique dans la cavité utérine, les parois du segment inférieur, surdistendues, sont maintenues à distance de la présentation ; tout au plus sont-elles en contact par divers points ; le défaut d'encapuchonnement de la tête par le segment inférieur est plus marqué que dans un autre cas. Les petites parties fœtales qui flottent dans le liquide amniotique en excès sont amenées sans obstacle, du fait de la pesanteur, jusqu'à la périphérie ou même au-dessous de la présentation. Le passage de la partie procidente entre la tête qui se présente et la paroi utérine est encore facilitée par le petitesse fréquente de la tête dans le cas d'hydramnios.

Dans l'hydramnios, la rupture spontanée des membranes est marquée par un écoulement subit et abondant d'une grande quantité de liquide amniotique qui s'échappe parfois de l'utérus comme un véritable flot. Les petites parties fœtales, encore plus mobiles qu'à l'ordinaire par suite de l'excès de liquide contenu dans l'utérus, sont facilement entraînées jusqu'à l'orifice utérin ou même dans le vagin et hors de la vulve.

Ce mécanisme de la procidence, dans les cas d'hydramnios, est assez fréquent pour qu'il soit avantageux de rompre artificiellement les membranes à une période peu avancée du travail, dans les accouchements où l'enfant vivant se présentant par la tête, il y a exagération dans la quantité de liquide amniotique. On peut alors modérer l'écoulement du liquide et éviter autant que possible la procidence en bouchant la vulve avec le poing fermé tandis que un ou deux doigts retrécissent l'orifice de rupture des membranes et que l'autre main applique aussi bien que possible la tête du fœtus contre le détroit supérieur, à travers les parois abdominales.

En dehors des cas d'hydramnios l'écoulement brusque du liquide amniotique en quantité modérée détermine fréquemment une procidence lorsque la tête n'est pas engagée ; nos observations en présentent plusieurs exemples.

Les précautions prises pour modérer l'écoulement du liquide amniotique ne suffisent pas toujours à prévenir la procidence : une de nos observations en est une preuve entre beaucoup d'autres (obs. 28).

L'hydramnios est fréquente dans les cas où il se produit une procidence pendant le travail.

Nous ferons remarquer que plusieurs causes de non-accommodation pelvienne (rétrécissement du bassin, insertion du placenta au segment inférieur, hydramnios) peuvent exister chez la même femme pour expliquer la procidence du cordon ou de petites parties fœtales.

De la grossesse gémellaire. — Lorsque dans un accouchement gémellaire, le premier enfant a été expulsé, l'utérus se trouve pour ainsi dire trop large pour le second enfant ; ce n'est point qu'il reste un espace vide entre la paroi utérine et les parois du second œuf : la paroi utérine se rétracte immédiatement sur l'œuf qui reste. Mais entre le moment où se fait cette rétraction et celui où reparaissent les contractions utérines qui marquent le début du second accouchement, la paroi utérine et la paroi abdominale sont insuffisantes pour amener l'accommodation pelvienne du second enfant ; bien que rétractées, elles semblent se reposer de la distension qu'elles ont subie. Cet état ne dure habituellement que peu de temps, mais il suffit pour qu'une procidence se produise.

La petitesse ordinaire des jumeaux augmente la disproportion entre la capacité de l'utérus et le volume de l'enfant et agit pour favoriser la procidence.

Dans cinq de nos observations, il y eut procidence du cordon ou d'un membre appartenant à un second jumeau.

La grossesse gémellaire est une cause de procidence par suite de la non-accommodation pelvienne du second enfant.

Nous venons de passer en revue les vraies causes de procidence qui sont signalées dans nos observations. Il nous reste à indiquer quelques causes prédisposantes auxquelles on a attribué une grande importance au temps où le rôle de la non-accommodation pelvienne du fœtus n'était pas connue.

Poids de l'enfant. — Contrairement à l'opinion ancienne, d'après laquelle la petitesse de l'enfant serait une cause prédisposante, nous voyons dans nos observations que le développement de l'enfant est normal ou même supérieur à la moyenne.

Dans cinq cas où la grossesse était gémellaire, les enfants pesaient de 1550, 2600, 2620, 2630, 2650 gr. ; ces poids représentent, à l'exception d'un seul, le poids moyen d'un jumeau bien développé.

Dans six cas, où la basiotripsie a été pratiquée, les enfants pesaient sans matière cérébrale : 2250, 2830,

2850, 2875, 3500 gr. ; dans un cas, le poids n'a pas été signalé.

Dans les 53 autres cas, le poids de l'enfant a été de :

1000 à 1500 gr.	2 fois
1500 à 2000 »	3 »
2000 à 2500 »	5 »
2500 à 3000 »	15 »
3000 à 3500 »	15 »
3500 à 4000 »	10 »
4000 à 4500 »	3 »

Le développement de l'enfant n'a pas d'influence habituelle sur la production des procidences pendant le travail ; seule, la petitesse du fœtus a de l'influence dans les cas d'hydramnios et de grossesse gémellaire.

Longueur du cordon. — Il était logique de penser que la grande longueur du cordon favorise la procidence de cet organe : c'est en effet l'opinion admise par la plupart des auteurs ; mais d'autres ont considéré qu'il ne fallait faire jouer aucun rôle à cette disposition anatomique.

Dans nos cas, en dehors de trois observations où les dimensions du cordon n'ont pas été notées, nous avons trouvé que le cordon mesurait :

De 35 à 40 cm	4 fois
40 à 45 »	6 »
45 à 50 »	7 »
50 à 55 »	7 »

de 55 à 60	»	13 fois
60 à 65	»	3 »
65 à 70	»	4 »
70 à 75	»	10 »
75 à 80	»	3 »
80 à 85	»	4 »
85 à 90	»	1 »
90 à 100	»	2 »

Dans 47 cas sur 64, le cordon mesurait donc 50 cm. et au-dessus. On peut donc en conclure :

La longueur exagérée du cordon en favorise la procidence.

Il ne faudrait pas croire que la grande longueur du cordon est une cause de procidence ; tout au plus est-ce une cause favorisante : c'est dans la non-accommodation pelvienne concomitante qu'il faut chercher la vraie cause des procidences ; avec Naegelé (1), nous disons :

« *Le cordon est toujours assez long pour prolaber, et s'il ne prolabe pas toujours, c'est que les vraies causes de la procidence n'existent pas.* »

Circulaires du cordon. — Dans 6 cas sur 64, il y avait circulaire du cordon autour du cou.

Quatre fois le circulaire était simple et deux fois le cordon s'enroulait deux fois autour du cou.

Une distinction s'impose à propos de l'influence des circulaires du cordon sur la production d'une procidence

1. NAEGELÉ ET GRENSER. *Traité pratique de l'art des accouchements*. Traduction Aubenas. Paris, 1869.

ou d'un procubitus. Pour 55 cas de procidence, il y a eu deux fois seulement un ou deux circulaires. Pour neuf procubitus, il y a au contraire quatre cas de circulaire.

Les circulaires du cordon sont moins fréquents dans les cas de procidence que dans les accouchements en général ; ils sont au contraire fréquents (approximativement dans la moitié des cas) dans les cas de procubitus.

Insertion du cordon. — Dans 11 observations sur 64, on trouve notée une particularité à propos de l'insertion du cordon.

Dans deux grossesses gémellaires, il y avait :

Insertion vélamenteuse d'un des cordons dans un cas (membranes 28 : 4) ; insertion vélamenteuse du premier cordon et insertion marginale inférieure du second dans l'autre cas (membranes 36 : 6).

Dans trois cas de grossesse simple, il y avait insertion vélamenteuse du cordon :

Dans l'un de ces cas (obs. 26) les membranes étaient déchirées ;

Dans l'autre (obs. 52) les membranes mesuraient 32 : 10.

Dans le troisième (obs. 64) les membranes mesuraient 30 : 0.

Dans cinq cas de grossesse simple, le cordon s'insérait sur le bord inférieur du placenta ou au voisinage immédiat du bord inférieur du placenta inséré lui-même au segment inférieur :

Dans un cas, les membranes ayant été déchirées, on ne put préciser l'insertion du placenta (obs. 14) ;

Dans 4 autres cas, les membranes mesuraient respectivement : 33 : 0 (obs. 39), 22 : 6 (obs. 41), 27 : 2 (obs. 46), 34 : 5 (obs. 56).

Dans un cas où le placenta était inséré sur le segment inférieur (membranes 38 : 8) le cordon, bien qu'inséré à 3 centimètres seulement du bord inférieur de l'organe, se trouvait à plus de 10 centimètres de l'orifice inférieur (ob. 62).

Dans un autre cas, le placenta étant inséré sur les segments moyen et supérieur de l'utérus (membranes 30 : 16), le cordon, inséré sur le bord inférieur de l'organe, tendait à se rapprocher de l'orifice utérin.

Nous avons vu l'influence considérable jouée par le lieu d'insertion du placenta sur la production des procidences : 4 fois sur 5 dans notre statistique, la procidence s'accompagnait d'insertion basse du placenta. Nous avons rapporté cette fréquence en bonne partie au fait que l'insertion basse du placenta rapproche l'insertion du cordon de l'orifice utérin. Nous allons maintenant établir, d'après le professeur Pinard, une distinction très importante.

Le placenta étant inséré au segment inférieur, les dangers de la procidence du cordon varient suivant le point d'insertion de ce cordon sur le placenta.

Le cordon est-il inséré au bord supérieur du placenta ou dans son voisinage, les dangers de la procidence existent, mais la complication est loin d'être fatale. Si le placenta n'est inséré que partiellement sur le

segment inférieur, l'insertion du cordon à la partie haute du placenta se fait en dehors du segment inférieur, au-dessus de la zone dangereuse et les dangers de procidence ne sont pas plus grands qu'avec une insertion du cordon au bord inférieur d'un placenta inséré entièrement en dehors du segment inférieur.

Dans une seconde catégorie de cas, l'insertion du cordon se fait soit au voisinage du bord inférieur d'un placenta bas, variété latérale, soit au voisinage du centre d'un placenta bas, variété marginale. Dans les deux cas, l'insertion du cordon se fait en un point du segment inférieur, les dangers de la procidence augmentent.

Dans une troisième catégorie de cas, le cordon s'insère sur le bord inférieur du placenta marginal ; de ce fait, l'insertion funiculaire est au bord même de l'orifice utérin. La procidence est fatale. C'est à cette catégorie de faits qu'on doit plus particulièrement attribuer la dénomination d'insertion vicieuse du cordon, créée par le professeur Pinard.

L'insertion vélamenteuse du cordon et surtout l'insertion du cordon à la partie inférieure du placenta inséré lui-même au segment inférieur sont des causes très importantes de procidence.

CHAPITRE II

Traitement employé dans nos 64 cas de procidence.

Pour mettre plus de clarté dans l'étude du traitement mis en œuvre dans les cas de notre statistique en même temps que pour rester le plus possible sur le terrain clinique, nous distinguerons :

1° le traitement dans le cas où l'enfant était mort au moment de l'entrée de la femme à la Clinique.

2° le traitement des cas de procidence où le tableau clinique était dominé par une hémorragie du travail.

3° le traitement des cas où il y avait procidence du cordon ou des membres d'un jumeau.

4° le traitement de la procidence du cordon seul ou accompagné de petites parties fœtales, l'enfant étant vivant à l'arrivée, et en dehors de complications hémorragique ou autre.

5° le traitement de la procidence isolée des membres,

l'enfant étant vivant à l'arrivée et en dehors de complications hémorragique ou autre.

6° le traitement des procubitus.

Dans tous les cas de procidence ou de procubitus, une intervention s'impose. Nous allons de suite nous en rendre compte.

1° Traitement dans les cas où l'enfant était mort au moment de l'arrivée de la femme à la Clinique:

Ce cas s'est présenté 4 fois;

2 fois il y avait procidence du cordon seul et 2 fois procidence du cordon et de petites parties fœtales.

Dans deux cas, on s'est borné à donner les soins habituels (injections antiseptiques, mèche de gaze dans le vagin, injection de sérum antistreptococcique); les enfants ont été expulsés spontanément.

Dans deux autres cas, où le bassin était rétréci (obs. 10, obs. 29), l'accouchement a été terminé par une basiotripsie.

2° Traitement dans les cas où la procidence s'accompagnait d'hémorragie plus ou moins menaçante, due à l'insertion vicieuse du placenta et dominant le tableau clinique :

Le cas s'est présenté cinq fois :

Deux fois, il y avait procidence d'un bras: dans l'une de ces observations la procidence se produisit après l'expulsion d'un ballon Champetier introduit dans

l'utérus pour arrêter l'hémorragie (obs. 8) ; dans l'autre observation, la procidence existait avant l'introduction du ballon et ce n'est qu'après l'expulsion de ce ballon que la réduction put être obtenue (obs. 34). Dans les deux cas, on pratiqua la réduction manuelle.

Trois fois, il y eut procidence du cordon. Dans un de ces cas (obs. 25), la procidence fut constatée après l'expulsion du ballon mis dans l'utérus pour arrêter l'hémorragie. Dans les trois cas, la réduction manuelle fut tentée : elle réussit dans deux cas et échoua dans l'autre.

Dans les cinq cas, on recourut au traitement habituel des hémorragies du travail (rupture large des membranes, ballon, injections chaudes, etc.).

3° Traitement de la procidence du cordon ou d'un membre dans la grossesse gémellaire :

Dans les cinq cas de grossesse gémellaire où elle fut constatée, la procidence se produisit pour le second enfant.

Deux fois, il s'agissait de procidence du cordon seul, trois fois de la procidence d'un petit membre.

La version par manœuvres internes fut pratiquée d'emblée dans un cas (obs. 26) ; après réduction manuelle dans un autre cas (obs. 1).

Dans les trois autres cas, on se contenta de réduire la procidence.

4° Traitement de la procidence du cordon seul ou accompagné d'une autre petite partie fœtale, l'enfant

étant vivant à l'arrivée et en dehors de complication hémorragique ou autre.

31 cas se rapportent à cette catégorie.

α. — Dans un cas (obs. 59) on n'eut pas le temps d'intervenir ; au moment de la rupture tempestive des membranes, le cordon fit procidence et la tête qui était restée élevée plongea brusquement dans l'excavation. L'enfant fut expulsé mort en quelques contractions.

β. — Dans un autre cas (obs. 28), la procidence du cordon s'étant produite au moment de la rupture artificielle des membranes à la dilatation complète, on pratiqua aussitôt la version par manœuvres internes, les conditions étant jugées très favorables pour cette intervention.

γ. — Dans 19 cas, le cordon procident fut réduit à l'aide de la main avec un plein succès : à la suite de cette intervention, l'enfant fut expulsé spontanément et vivant, au bout d'un temps très variable après la réduction : dans 13 cas.

L'enfant dont les bruits du cœur étaient restés irréguliers après la réduction, fut extrait vivant à l'aide du forceps, quand la dilatation fut complète : dans 1 cas.

L'enfant fut extrait vivant par symphyséotomie : dans 1 cas.

L'enfant mourut quelque temps après la réduction et fut expulsé spontanément : dans 3 cas.

L'enfant mourut et fut extrait par une basiotripsie : dans 1 cas.

δ. — Dans 10 cas, la réduction manuelle fut essayée,

mais fut impuissante à réduire la procidence ; à la suite de cette tentative de réduction :

Les conditions étant favorables, on recourut aussitôt à la version : dans 2 cas ; cette seconde intervention permit d'extraire un enfant vivant dans un cas et un enfant mort dans l'autre (enfant de 1990 gr.).

Dans un cas, bien que la tentative de réduction manuelle n'eût été suivie d'aucune autre, l'enfant fut expulsé vivant (obs. 44).

4 fois, l'enfant fut expulsé spontanément et mort.

3 fois, il fallut recourir à la basiotripsie,

5° Traitement de la procidence isolée des membres, l'enfant étant vivant à l'arrivée, en dehors de toute complication hémorragique ou autre :

40 cas de notre statistique se rapportent à cette catégorie :

Dans un d'entre eux, la réduction se fit spontanément (obs. 27) ; il y avait de l'hydramnios ; l'enfant qui pesait 1700 grammes fut expulsé mort.

Dans un cas, on se borna à l'expectation pendant la période de dilatation, puis à la dilatation complète, on pratiqua une version par manœuvres internes (obs. 42).

Dans 8 cas, la procidence fut réduite à l'aide de la main et l'accouchement se fit spontanément, un temps variable après la réduction.

6° Traitement des procubitus :

Les 9 cas de ce genre peuvent se répartir en :

2 cas où l'enfant mort lors de l'arrivée de la femme à la clinique fut expulsé spontanément ;

2 cas où l'enfant succomba pendant le travail, après l'entrée à la clinique, et fut expulsé spontanément ;

2 cas où l'enfant fut expulsé vivant spontanément ;

3 cas, où l'enfant fut extrait vivant à l'aide du forceps.

Dans un des cas de cette dernière catégorie, il y avait procubitus d'un membre ; dans tous les autres, il y avait procubitus du cordon.

Le bilan général des interventions pratiquées dans le but de remédier aux conséquences des procidences peut se résumer ainsi :

Réduction manuelle (avec succès ou insuccès) : 46 ;

Version par manœuvres internes : 6 ;

Application de forceps : 4 ;

Basiotripsie : 6.

On voit la large part donnée à la méthode de réduction manuelle. Celle-ci a complètement supplanté la méthode instrumentale ; le professeur Pinard enseigne que le seul instrument dont il faille se servir pour réduire une procidence est la main ; c'est l'instrument dont on peut toujours se servir ; c'est l'instrument le plus intelligent que l'on puisse désirer.

Il ne rentre pas dans le cadre de ce travail d'étudier dans ses détails la méthode de réduction manuelle. Contentons-nous d'en indiquer les grandes lignes.

La femme, étant dans le décubitus dorsal, de préférence dans la position obstétricale, l'accoucheur introduit la

main entière dans le vagin et, agissant dans l'intervalle des contractions, ou bien saisit le paquet entier de cordon procident à travers les membranes rompues, ou bien refoule le cordon à travers des membranes intactes, jusqu'à ce que le cordon ait été repoussé au-dessus de la grande circonférence de la tête ; il l'y maintient jusqu'à ce qu'une contraction se soit franchement établie. Si à ce moment la procidence ne se reproduit pas, la réduction a des chances d'être définitive. Mais trop souvent, après avoir réduit la procidence, l'accoucheur la sent se reproduire au moment des contractions utérines.

La procidence réduite une seconde fois peut encore se reproduire et il s'établit ainsi une sorte de lutte entre la main et le cordon qui retombe sans cesse, jusqu'à ce que l'enfant succombe et que l'accoucheur se lasse. Avec de la patience, on peut cependant encore espérer avoir le dessus ; il faut se résigner à laisser un ou plusieurs doigts entre la tête qui est poussée vers l'excavation à chaque contraction et la paroi osseuse du bassin ; de cette façon on prévient la compression du cordon et on peut espérer avoir un enfant vivant.

Si la réduction échoue quand la poche des eaux est intacte et que le cordon retombe chaque fois qu'on le réduit, il y a lieu de rompre artificiellement les membranes.

Quand la réduction du cordon a été obtenue, il faut avoir grand soin d'ausculter très fréquemment le cœur de l'enfant ; mieux que le toucher, cette auscultation permet de savoir si la procidence une fois réduite n'est

pas en train de se reproduire ou si le cordon réduit ne s'est pas attardé au voisinage de la grande circonférence de la tête, dans un point où il n'est pas entièrement à l'abri de la compression.

Nous terminerons ces détails techniques en disant que la réduction manuelle s'impose dans tous les cas de procidence, où l'enfant est vivant. A ce propos, faisons une remarque que nous jugeons intéressante. Il ne faut pas se fier aux caractères fournis par le cordon procident pour juger de l'état de vie ou de mort du fœtus. Bien que le cordon soit comprimé, l'enfant peut continuer à vivre pendant un certain temps et ce serait une erreur de conclure de l'absence de battements dans le cordon à la mort du fœtus. Dans une de nos observations (obs. 46), on vit ainsi les bruits du cœur fœtal reparaitre, contre toute attente, après réduction d'un cordon qui ne présentait plus aucun battement. Ce n'est pas au cordon qu'il faut chercher les signes de l'état de vie ou de mort de l'enfant : c'est au cœur.

CHAPITRE III

Résultats obtenus dans les 64 cas de notre statistique.

Les anciens accoucheurs pensaient que, dans les cas de procidence du cordon, la mort de l'enfant survenait par suite du refroidissement et de la coagulation du sang dans la partie procidente du cordon. Nous savons aujourd'hui que la mort résulte de la suppression de la circulation fœtale dans la tige funiculaire procidente et comprimée entre la présentation et les parois pelviennes. Le fœtus continue à vivre encore pendant quelques instants après que cet arrêt de circulation sanguine est devenu définitif, puis il succombe. On a discuté pour savoir si la circulation s'arrête par suite de la compression de la veine ou des artères ombilicales; il est probable que les trois vaisseaux sont comprimés.

Dans 6 cas, l'enfant était mort au moment de l'arrivée de la femme dans le service.

Pour les 58 autres cas, où l'enfant était vivant au moment de l'arrivée de la femme dans le service, nous trouvons que l'enfant est venu vivant dans 40 cas et qu'il a succombé dans 18 cas. Soit une mortalité totale de 31 pour 100, pour les enfants encore vivants à l'arrivée à la clinique.

Voyons quelles sont les conditions qui ont influé sur le résultat que nous venons d'indiquer pour les 58 enfants dont nous allons exclusivement nous occuper.

Il convient d'établir tout d'abord une distinction tranchée suivant la nature de la partie fœtale procidente.

Dans 16 cas, il y eut procidence ou procubitus des membres seuls : tous les enfants sont nés vivants.

Dans 42 cas, il y eut procidence ou procubitus du cordon seul ou accompagné d'autres petites parties fœtales : les enfants vinrent morts dans 18 cas, soit une mortalité de 43 pour 100.

La procidence ou le procubitus des membres est relativement bénigne au point de vue de la vie de l'enfant : la procidence ou le procubitus du cordon seul ou accompagné d'autres petites parties fœtales est infiniment plus grave.

Il est classique d'admettre qu'il existe une différence au point de vue du pronostic pour la vie de l'enfant entre la procidence du cordon seul et la procidence du

cordons accompagnés d'autres petites parties fœtales. La raison que l'on en donne est que le ou les petits membres qui accompagnent le cordon protègent ce dernier contre la compression ; ils font coin entre la tête et la paroi pelvienne et abritent le cordon.

Dans 2 des 4 cas où l'enfant était mort à l'arrivée, il y avait procidence du cordon et de petites parties fœtales. Il y a déjà là une coïncidence qui mérite d'attirer l'attention.

Mais laissons de côté ces deux cas pour ne nous occuper que des cas où l'enfant était vivant à l'entrée dans le service.

7 fois sur 58, il y eut procidence du cordon et des membres. Or, dans 4 de ces 7 cas l'enfant mourut. Nous sommes loin, on le voit, d'arriver aux conclusions classiques.

La protection du cordon par des petites parties fœtales qui l'accompagnent dans sa procidence est très inconstante.

Faut-il établir une différence entre la procidence proprement dite et le procubitus du cordon au point de vue du pronostic pour la vie de l'enfant ?

Dans 35 cas où l'enfant était vivant à l'entrée dans le service, il y eut :

27 fois procidence proprement dite : 12 fois l'enfant succomba.

8 fois procubitus : 2 fois l'enfant succomba.

Si on ne s'en tenait qu'à ces chiffres, on serait tenté

de conclure que le procubitus du cordon est moins grave que la procidence proprement dite.

Mais il faut tenir compte d'un fait important qui rend cette conclusion improbable: dans beaucoup de cas où l'enfant succombe soit pendant la période de dilatation soit pendant la période d'expulsion, il y a eu un procubitus du cordon qui est passé inaperçu et on ne peut que soupçonner la cause réelle de la mort. Les accoucheurs expérimentés savent combien ces cas se rencontrent fréquemment en clinique.

D'autre part, l'application de forceps, intervention qui compromet toujours à un degré variable, la vie de l'enfant, est souvent nécessaire dans les cas de procubitus du cordon, diagnostiqué ou non, au lieu que la réduction manuelle, intervention de choix dans les cas de procidence proprement dite, ne compromet pas par elle-même la vie de l'enfant.

Cet argument est évidemment moins important que le précédent, mais il n'en a pas moins sa valeur.

Aussi ne croyons-nous pas nous écarter de la vérité en disant contrairement à nos chiffres :

Le procubitus du cordon est au moins aussi grave que la procidence proprement dite au point de vue de la vie de l'enfant.

Le moment où se fait la rupture de la poche des eaux exerce certainement une influence sur les résultats obtenus par le traitement des procidences du cordon.

Signalons en passant que parmi les 6 femmes venues à la clinique avec une procidence du cordon et un

enfant vivant, 5 avaient eu une rupture prématurée ou précoce des membranes ; chez une seule, la poche des eaux était encore intacte.

Parmi les 18 femmes qui, arrivées à la clinique alors que leur enfant était encore vivant, accouchèrent d'enfants morts, il y en eut 5 chez lesquelles les membranes étaient déjà rompues à l'entrée dans le service.

Le liquide amniotique qui baigne le cordon le protège certainement contre la compression entre la tête fœtale et la paroi pelvienne, malgré la procidence. Le fait est suffisamment démontré par la brusque disparition des battements du cordon que l'on constate trop souvent lorsque, au cours de manœuvres de réduction manuelle, on vient à rompre la poche des eaux dans laquelle on sentait le cordon procident et animé de battements réguliers et rapides.

Sous l'influence de Mme Lachapelle, on a même considéré pendant longtemps et certains pensent même encore actuellement que la vie de l'enfant ne court pas grand danger, malgré la procidence du cordon, tant que les membranes sont intactes. Nous savons aujourd'hui que cette opinion est exagérée et qu'il y a avantage à faire tous ses efforts pour réduire le cordon procident dans la poche des eaux intactes.

Le moment auquel se fait la rupture des membranes a une influence marquée sur le pronostic pour la vie de l'enfant.

Le moment où se fait la procidence a une influence certaine sur les résultats obtenus par le traitement.

Plus le moment où la procidence se produit est éloigné de celui de la dilatation complète et plus la vie de l'enfant est en danger.

Si la réduction n'est pas obtenue, l'enfant ne tarde pas à succomber. Si la réduction est obtenue, la vie de l'enfant reste compromise par la possibilité d'une reproduction de la procidence, par l'arrêt du cordon réduit au voisinage de la zone de compression entre la tête et le bassin.

Inversement dans des cas exceptionnels où la procidence se produit à la dilatation complète, l'enfant peut venir vivant, sans réduction de la procidence, si la période d'expulsion ne dure que quelques instants.

Ce que nous venons de dire permet de s'expliquer le pronostic relativement favorable pour la vie de l'enfant dans les cas de procidence du cordon ou d'un membre appartenant à un second jumeau et de fait, dans nos cinq observations de procidences dans la grossesse gémellaire, les enfants sont tous venus vivants.

C'est aussi sans doute à la moindre durée de la période d'expulsion qu'il faut attribuer la différence du pronostic suivant que la procidence est observée chez une primipare ou chez une multipare. Nous trouvons, en effet, dans notre statistique :

Pour 19 cas de procidence chez des primipares :
8 enfants morts et 11 enfants vivants ;

Pour 45 cas de procidence chez des multipares :
16 enfants morts et 29 vivants.

Ajoutons, pour être complet, qu'une femme, peu de

temps après l'extraction d'un fœtus vivant, est morte d'une rupture utérine, à la suite de version par manœuvres internes (obs. 13).

L'existence d'une complication telle qu'une hémorragie due à l'insertion du placenta sur le segment inférieur ou un rétrécissement du bassin assombrit encore le pronostic des procidences.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

(Année 1900, n° 310 du registre, *résumée*).

H. M..., 39 ans ; 9 accouchements à terme ; un avortement de six semaines.

D. R : 27 mai au 1^{er} juin ; début du travail le 17 février vers 10 h. s.

Entrée à la clinique Baudelocque le 18 février à 4 h. s. :
H. U. : 34 cm ; grossesse gémellaire ; le premier fœtus se présente par le sommet en position gauche, variété antérieure ; le second fœtus a son extrémité céphalique en bas ; enfants vivants ; col dilaté comme cinq francs ; membranes intactes.

18 février. — 8,25 h. m. dilatation complète ; rupture artificielle de la poche des eaux.

Au bout de cinq minutes, expulsion d'un enfant vivant pesant 1600 grammes.

Après s'être assuré que le second fœtus est en présentation longitudinale, on rompt la seconde poche des eaux ; à ce moment, il se produit une procidence du cordon ; la tête qui se présente n'étant pas engagée, on fait une version par manœu-

vres internes et on extrait un enfant vivant pesant 1550 gr. Délivrance par expression simple au bout de 30 minutes.

Un seul placenta pesant 570 gr. le cordon du second enfant mesure 40 cm. et a une insertion vélamenteuse ; les membranes propres de l'œuf du second enfant mesurent 28 : 4.

Suites de couches : normales ; les deux enfants meurent huit jours après leur naissance.

OBSERVATION 2

(Année 1900, n° 313 du registre, *résumée*).

M. B..., 24 ans ; 6 accouchements à terme et spontanés.

Date des dernières règles ignorée ; début du travail 18 février vers 1 h. s.

Entrée à la clinique Baudelocque le 18 février à 4 h. s. ; H. U. : 36 cm ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme un franc ; membranes intactes ; bruits du cœur bons ; diamètre promonto-sous-pubien 106 mm.

5,30 h. s. — Les bruits du cœur se ralentissent et deviennent irréguliers ; le col est dilaté comme deux francs ; on sent à travers les membranes intactes un paquet de cordon procident au-devant de la tête non engagée ; réduction manuelle après plusieurs tentatives.

6,30 h. s. — Dilatation complète ; rupture spontanée des membranes ; liquide amniotique vert foncé ; bruits du cœur bons.

Après cinq minutes d'efforts d'expulsion, la femme accouche d'un enfant vivant pesant 3100 gr. Délivrance par expression simple.

Placenta : 620 gr. ; membranes 30 : 11 ; cordon 74 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 3

(Année 1900, n° 341 du registre, *résumée*).

C. M..., 24 ans ; premier accouchement : enfant à terme, mort pendant le travail ; second accouchement à la clinique Baudelocque (année 1898 ; observation 745 du registre), version par manœuvres internes ; enfant vivant pesant 2950 grammes.

D. R. : 24 mai ; début du travail : 22 février 3 h. m.

Entrée à la clinique Baudelocque : 22 février 9 h. m. ; H. U. 35 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; dilatation complète ; membranes intactes au travers desquelles on sent une anse de cordon qui flotte dans le liquide amniotique ; bassin rétréci, diamètre promonto-sous-pubien : 94 mm. ; bruits du cœur bons.

Réduction manuelle du cordon suivie de la rupture artificielle des membranes ; liquide amniotique verdâtre ; aussitôt après l'intervention, la tête se fixe au détroit supérieur.

11 h. m. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 2950 gr. Délivrance par expression. Placenta 570 gr. ; membranes, 36 : 8 ; cordon : 68 cm.

Suites de couches : lymphangite du sein ; une ascension thermique à 40°.

OBSERVATION 4

(Année 1900, n° 962 du registre, *résumée*).

H. M., 33 ans ; un accouchement à terme, spontané.

D. R. : 7 au 11 août. Début du travail : 25 mai 3 h. m.

Entrée à la clinique Baudelocque : 25 mai 3 h. m. ; H. U. : 37 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme un franc ; membranes intactes ; diamètre promonto-sous-pubien : 106 mm. ; bruits du cœur bons.

Rupture spontanée de la poche des eaux à 3, 30 h. m. ; liquide amniotique vert.

Jusque vers 11 h. m. rien d'anormal à l'auscultation ; la dilatation progresse lentement ; la tête reste élevée.

A 11. h m. modification des bruits du cœur fœtal ; on constate une procidence du cordon : tentatives infructueuses de réduction manuelle ; quelques instants après, les bruits du cœur ne sont plus perçus ; le col est dilaté comme une paume de main.

Basiotripsie : extraction d'un enfant pesant 3500 gr. sans substance cérébrale. Délivrance artificielle.

Placenta : 550 gr. ; membranes 40 : 9 ; cordon 62 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 5

(Année 1900, n° 1197 du registre, *résumée*).

M. B., 22 ans ; une première grossesse a présenté des particularités qui ont nécessité une surveillance spéciale à la clinique

Baudelocque : l'enfant se présentait par le plan latéral; la tête ayant été ramenée en bas et maintenue par une ceinture, l'accouchement s'est fait spontanément et à terme; l'enfant s'est présenté par le sommet et est venu vivant.

D. R. : 17 au 20 septembre. Début du travail 29 juin 10 h. m.

Entrée à la clinique Baudelocque le 30 juin à 2,30 h. m. ; un paquet de cordon privé de battements sort par la vulve ; du liquide amniotique mélangé de méconium s'écoule. H. U. : 35 cm. ; sommet profondément engagé ; l'auscultation ne fait percevoir aucun bruit du cœur ; dilatation complète.

Quelques minutes après son entrée, la femme expulse un enfant mort pesant 3000 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta : 550 gr. ; membranes : 27,5 ; cordon 74 cm.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 6

(Année 1900, n° 1206 du registre, *résumée.*)

A. G..., 22 ans ; un accouchement spontané à terme.

D. R. : 25 au 30 décembre ; début du travail 30 juin vers 4 h. m.

Entrée à la clinique Baudelocque : 30 juin 2 h. s. H. U. : 34 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme deux francs ; membranes intactes : bruits du cœur bons.

Au moment de la rupture précoce des membranes, procidence des pieds et d'une main ; réduction manuelle ; après l'intervention, la tête se fixe.

Expulsion d'un enfant vivant pesant 3600 gr. Délivrance par expression.

Placenta 570 gr ; membranes : 29 : 10 ; cordon : 74 cm.

Suites de couches ; normales.

OBSERVATION 7

(Année 1900, n° 1226 du registre, *résumée*).

E. G..., 37 ans ; un accouchement par le forceps

D. R. : 13-19 octobre.

Entrée à la Clinique Baudelocque : 3 juillet 8 h. s. : H. U. : 39 cm. ; grossesse gémellaire ; enfants vivants ; le premier enfant se présente par l'épaule ; le bras est dans le vagin.

Extraction du premier enfant par version par manœuvres internes ; enfant vivant pesant 2.000 gr. ; le second enfant se présente par l'épaule ; la tête est ramenée en bas, puis on rompt les membranes ; à ce moment, le cordon fait procidence ; réduction manuelle immédiate ; expulsion spontanée d'un enfant vivant pesant 2.650 gr. Délivrance par expression.

Deux placentas pesant 750 gr. ; membranes 34 : 6.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 8

(Année 1900, n° 2112 du registre, *résumée*).

E. V..., 38 ans ; douze accouchements à terme ; un avortement gémellaire.

D. R. : 1 au 8 mars.

Entrée à la clinique : 8 novembre 9 h. m. ayant eu plusieurs pertes de sang abondantes ; pâleur des téguments ; pouls à 124 ; écoulement de sang par la vulve, H. U. : 37 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col non effacé, dilatable comme deux francs ; enfant vivant.

En présence de la gravité de l'hémorragie, on rompt largement les membranes, puis on introduit un ballon Champetier de Ribes grand modèle dans la cavité utérine.

Les premières contractions utérines douloureuses apparaissent vingt minutes après le placement du ballon ; les contractions deviennent rapidement violentes et fréquentes.

Deux heures et demie après son introduction, le ballon tombe dans le vagin ; on le retire et on constate qu'il y a procidence de la main et de l'avant-bras ; on fait aussitôt la réduction manuelle et quinze minutes après, la femme expulse un enfant vivant pesant 3.300 gr. Délivrance artificielle.

Placenta 710 gr. ; membranes 48 : 0 ; cordon 64 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 9

(Année 1900, n° 2137 du registre, *résumée*).

E. S..., 21 ans ; primipare.

Date des dernières règles : ignorée.

Entrée à la clinique : 13 décembre, 1 h. m. : H. U. : 30 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme un franc ; membranes intactes ; diamètre promonto-sous-pubien 107 millimètres ; enfant vivant.

2 h. m. — Rupture spontanée des membranes ; procidence

d'un bras et du cordon; bruits du cœur irréguliers; toutes les tentatives manuelles faites pour réduire la procidence échouent et l'enfant succombe.

Basiotripsie, le col étant dilaté comme une grande paume de main; extraction d'un fœtus pesant 2.250 gr. sans substance cérébrale. Délivrance par extraction simple.

Placenta : 470 gr.; membranes déchirées; cordon 56 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 10

(Année 1900, n° 2395 du registre, *résumée*).

E. F..., 20 ans, un accouchement spontané à terme.

D. R. : 12 au 15 avril; début du travail: 24 décembre vers 2 h. s.

Entrée à la clinique: 25 décembre 1 h. m.; utérus très rétracté; présentation de l'extrémité céphalique; procidence d'une main et du cordon privé de battements; col dilaté comme deux francs; membranes rompues; diamètre promonto-sous-pubien: 106 mm.; on ne perçoit pas les battements du cœur de l'enfant.

11, 10 h. m. — Basiotripsie; délivrance artificielle.

Placenta 450 gr.; membranes 24 : 0; cordon 60 cm.

Suites de couches fébriles: curettage, guérison.

OBSERVATION 11

(Année 1900, n° 2419 du registre, *résumée*).

G. J., 24 ans, deux accouchements à terme, spontanés.

D. R. : 20 au 23 février.

Entrée à la clinique : 28 décembre 2,45 h. s. H. U. 33 cm., présentation de l'extrémité céphalique ; cordon procident dans le vagin et présentant 60 pulsations par minute ; col dilaté comme deux frans. Après plusieurs tentatives manuelles, on réussit à réduire la procidence ; les bruits du cœur deviennent plus nombreux et plus réguliers.

4 h. s. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 4130 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta 600 gr. ; membranes 30 : 12 ; cordon 70 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 12

(Année 1901, n° 127 du registre, *résumée*).

C. M., 24 ans ; affection mitrale ; un enfant mort pendant le travail.

D. R. : 9 au 12 avril ; début du travail : 20 janvier 2 h. m.

Entrée à la clinique : 20 janvier 3,30 h. m. ; H. U : 34 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme un franc ; membranes rompues ; procidence du cordon qui présente encore quelques pulsations ; diamètre promonto-sous-pubien : 99 mm. Tentatives infructueuses de réduction ; le

bruits du cœur finissent par disparaître complètement au bout de quelques instants.

7,25 h. s. — Expulsion d'un enfant mort pesant 2335 gr. ; expulsion spontanée du placenta.

Placenta : 610 gr. ; membranes 20 : 13 ; cordon 80 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 13

(Année 1901, n° 146 du registre, *résumée*).

R. W..., 34 ans ; trois accouchements spontanés.

D. R. : 24 au 27 avril.

Surveillée au dortoir de la clinique Baudelocque pendant les six derniers mois de la grossesse ; albuminurie.

Entrée à la salle de travail : 23 janvier 5 h. s. : H. U. : 34 cm. présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme deux francs ; membranes intactes ; enfant vivant.

5,35 h. s. — Dilatation complète ; rupture artificielle des membranes ; malgré les précautions prises, il se produit une procidence d'un cordon et d'un bras ; les tentatives manuelles faites pour réduire la procidence ayant échoué, on recourt à la version par manœuvres internes et on extrait un enfant vivant pesant 3.200 gr. Délivrance artificielle.

Placenta 470 gr. ; membranes 29 : 6 ; cordon 60 cm.

Après l'accouchement, l'état général de la femme devient rapidement mauvais ; le pouls s'accélère : à 120 puis 140 ; M. Pinard fait le diagnostic de rupture de l'utérus et décide de faire immédiatement une laparotomie ; la femme succombe pendant les préparatifs de l'intervention.

Autopsie : rupture incomplète du segment inférieur.

OBSERVATION 14

(Année 1901, n° 197 du registre, *résumée*).

M. J..., 31 ans ; un accouchement à terme spontané.

D. R. : 2 au 5 mai.

Entrée à la clinique : 29 janvier 10 h. m. : H. U. : 33 cm. ; présentation céphalique ; col en voie d'effacement ; membranes rompues ; enfant vivant.

4 h. s. — Dilatation complète : au devant de la tête qui est en voie d'engagement, on sent le cordon procident ; réduction manuelle.

4,30 h. s. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 2.790 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta 450 gr. ; membranes déchirées ; cordon 53 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 15

(Année 1901, n° 213 du registre, *résumée*).

C. L..., 33 ans ; primipare.

D. R. : 18 au 21 avril.

Défaut d'accommodation pelvienne pendant la grossesse ; la femme est surveillée au dortoir de la clinique ; à deux reprises on ramène au-dessus du détroit supérieur la tête qui tend à se loger dans la fosse iliaque, ceinture eutocique.

Entrée à la salle de travail : 1^{er} février 9,15 h. s. ; présentation de l'extrémité céphalique ; enfant vivant.

Le col étant dilaté comme deux francs, les membranes se rompent spontanément et le cordon fait procidence ; réduction manuelle.

2 février 7,05 h. m. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 3300 gr. Délivrance spontanée.

Placenta 610 gr. ; membranes 30 : 8 ; cordon 55 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 16

(Année 1901, n° 217 du registre, *résumée*).

P. M..., 29 ans ; primipare.

D. R. : 20 au 25 avril.

Entrée à la clinique : 2 février 1 h. m. : H. U. : 31 cm. ; présentation du sommet fortement engagé en position gauche, variété antérieure ; col dilaté comme un franc ; membranes rompues ; liquide amniotique vert foncé ; les bruits du cœur foetal ne sont pas perçus,

6,35 h. s. — Expulsion d'un fœtus mort pesant 2580 gr. présentant autour du cou un circulaire très lâche dont une partie fait procubitus au niveau de l'oreille droite. Délivrance par extraction simple.

Placenta 690 gr. ; membranes 29 : 9 ; cordon 56 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 17

(Année 1901, n° 269 du registre, *résumée*).

S. A., 25 ans ; un avortement ; un enfant à terme, mort et macéré.

D. R. : 13 au 15 avril.

Grossesse surveillée au dortoir de la clinique depuis le 16 janvier, présentation du plan latéral ; tête ramenée au-dessus du détroit supérieur ; ceinture eutocique.

Début du travail : 8 février, 9 h. m.

Midi. — Dilatation du col comme deux francs, on constate une procidence du cordon ; des tentatives de réduction manuelle faites au travers des membranes encore intactes ne donnent aucun résultat ; au cours de ces manœuvres, la poche des eaux se rompt et on parvient alors avec difficulté à réduire le cordon : aussitôt les bruits du cœur fœtal qui étaient affaiblis, deviennent meilleurs.

A partir du moment où la procidence a été constatée et réduite, le travail marche lentement ; les contractions utérines sont régulières, mais faibles et espacées ; les bruits du cœur étroitement surveillés oscillent entre 120, 110, 104 pour remonter à 120 ; la tête est fixée au détroit supérieur, mais progresse peu.

Le lendemain 9 février 9 h. m., le professeur Pinard examine la femme et décide de faire une application de forceps sous chloroforme.

Extraction d'un enfant vivant pesant 2.940 gr. Déli-

vance artificielle. Placenta 500 gr. ; membranes déchirées ; cordon 50 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 18

(Année 1901, n° 279 du registre, *résumée*).

M. P... 39 ans ; deux accouchements spontanés à terme.

D. R. : 10 au 15 mai.

Entrée à la clinique : 12 février 7,30 h. m. : H. U. : 34 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme deux francs ; membranes rompues ; procidence d'un bras ; réduction manuelle.

9,35 h. m. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 3100 gr. mes. Délivrance par expression.

Placenta 460 gr. ; membranes 35 : 2 , cordon 49 cm.

Suites de couches : pleurésie.

OBSERVATION 19

(Année 1901, n° 464 du registre, *résumée*).

S. E... 23 ans, trois accouchements spontanés, à terme.

D. R. : 13 au 15 juin.

Entrée à la clinique : 12 mars 2,30 h s. : H U. : 34 cm. présentation de l'extrémité céphalique ; col largement perméable, en voie d'effacement, procidence d'un bras. Réduction manuelle.

1,30 h. s. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 3180 gr.

Délivrance par expression.

Placenta 460 gr. ; membranes déchirées ; cordon 52 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 20

(Année 1901, n° 587 du registre, *résumée*).

L. A..., 23 ans, primipare.

D. R. : 1 au 5 août. Début du travail 19 avril, 8 h. m.

Entrée à la clinique: 19 avril 10 h. m. : H. U. : 37 centimètres ; grossesse gémellaire ; le premier fœtus se présente par le sommet ; col dilatable comme deux francs ; membranes intactes ; enfants vivants.

Midi 40. — Expulsion d'un premier enfant vivant pesant 2370 gr., le second fœtus se présente par l'extrémité céphalique ; procidence d'un bras ; version par manœuvres internes ; enfant vivant pesant 2630 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta : 810 gr. ; membranes 37 : 3 ; cordons 57 et 47 cm.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 21

(Année 1901, n° 880 du registre, *résumée*).

B. S., 30 ans ; un accouchement à terme : forceps.

D. R. : 10 au 15 avril.

Entrée à la clinique : 22 mai 2 h. m. ; H. U. : 35 cm ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme cinq francs ; diamètre promonto-sous-pubien : 108 mm. ; enfant vivant.

3 h. m. — Dilatation presque complète ; rupture des membranes ; liquide amniotique vert ; procidence du cordon, réduction manuelle.

4,30 h. m. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 2980 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta 480 gr. ; membranes déchirées ; cordon 54 cm. Suites de couches normales.

OBSERVATION 22

(année 1901, n° 911 du registre, *résumée*).

M. E..., 28 ans, primipare.

D. R. : 20 au 25 avril. Début du travail : 26 mai 1 h. m.

Entrée à la clinique : 26 mai 2 h. m. : H. U. : 33 cm. ; présentation du sommet en position gauche, variété antérieure ; col dilaté comme un franc ; membranes intactes.

9.30 h. m. — Dilatation complète ; rupture spontanée des membranes ; liquide normal.

Lenteur de la période d'expulsion ; les bruits du cœur, normaux jusque-là, deviennent irréguliers.

Midi 20. — Application de forceps : on sent au contact de l'oreille postérieure une anse de cordon animée de battements ; extraction d'un enfant vivant 3200 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta 500 gr. ; membranes 29 : 7 ; cordon 54 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 23

(Année 1901, n° 999 du registre, *résumée*).

B. A..., 32 ans; deux accouchements spontanés, à terme.

Date des dernières règles ignorée (allaitait). Début du travail : 9 juin, 5 h. m.

Entrée à la clinique: 9 juin, 7 h. m. : H. U. : 36 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme deux francs ; membranes intactes ; enfant vivant.

7,30 h. m. — Procidence du cordon et d'une main. Réduction manuelle. Rupture artificielle des membranes.

11,55 h. m. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 3,600 grammes. Délivrance par extraction simple.

Placenta : 640 gr. ; membranes 30 : 8 ; cordon 58 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 24

(Année 1901, n° 1009 du registre, *résumée*).

B. M., 35 ans ; un accouchement spontané.

D. R. : 30 août au 2 septembre. — Grossesse surveillée au dortoir de la clinique depuis le 31 mai (albuminurie).

Entrée à la salle de travail : 10 juin, 10 h. s. ; H. U. : 37 cm. ; présentation du sommet en position droite, variété postérieure ; col long et perméable ; membranes rompues ; enfant vivant.

Minuit 30. — Dilatation complète, bruits du cœur bons.

11 juin, 1,30 h. m. — La tête est en position transverse; les bruits du cœur sont irréguliers: 160, 100, 80, 60; on constate par le toucher un procubitus du cordon dans la partie antérieure et gauche du bassin. Application de forceps; extraction d'un enfant vivant pesant 2.900 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta 540 gr.; membranes 28: 6; cordon: 71 cm. (un circulaire autour du cou).

Suites de couches: fébriles du douzième au vingt-neuvième jour.

OBSERVATION 25

(Année 1901, n° 1007 du registre, *résumée*).

G. A..., 22 ans, primipare

D. R: 17 au 25 octobre.

Le 21 juin à 7 h. m., la femme est prise d'une hémorragie: une sage-femme fait un tamponnement vaginal.

Entrée à la clinique le 21 juin 8 h. m.: pouls: 100; H. U.: 30 cm.; présentation de l'extrémité céphalique; col en voie d'effacement; on sent des cotylédons placentaires décollés; hémorragie peu abondante mais continue; enfant vivant. Rupture artificielle des membranes 10. 10 h. m. placement d'un ballon de Champetier (300 gr.) qui est expulsé à 5 h. s.; on sent alors à travers le col dilaté comme une paume de main le cordon procident et animé de battements. Réduction manuelle de la procidence; les bruits du cœur fœtal qui étaient tombés à 96 remontent à 110.

1, 30 h. s. — Expulsion d'un enfant pesant 1930 gr. né en

état de mort apparente, mis en couveuse, mort au bout d'un jour. Délivrance par extraction simple.

Placenta 490 gr. ; membranes 28 : 0 ; cordon 50 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 26

(Année 1904, n° 1134 du registre, *résumée*).

B. J..., 39 ans ; deux accouchements à terme, spontanés.

D. R. : 14 au 16 octobre.

Entrée à la clinique : 2 juillet 10 h. s. : H. U. : 32 cm. ; présentation O I G A ; col dilatable comme deux francs ; membranes rompues ; un paquet d'anses de cordon animé de battements ralentis pend dans le vagin. Tentatives infructueuses de réduction ; au toucher on sent des cotylédons placentaires décollés.

3 juillet 11 h. m. Expulsion d'un enfant mort pesant 3340 gr.

Délivrance par expression simple.

Placenta 560 gr. ; membranes déchirées ; insertion vélamenteuse du cordon qui mesure 71 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 27

(Année 1901, n° 1717 du registre, *résumée*).

J. V..., 20 ans ; primipare.

D. R. : 15 au 25 décembre.

Entrée à la clinique : 28 septembre 6,45 h. s. H. U. : 40 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme

cing francs ; membranes intactes ; procidence de petits membres ; exagération de la quantité du liquide amniotique ; bruits du cœur fœtal sourds et lents.

29 septembre 6,30 h. m. — Le toucher ne permet plus de sentir les petites parties fœtales ; avec les précautions d'usage, on rompt les membranes et on recueille 2500 grammes de liquide amniotique opalescent ; la tête s'engage ; les bruits du cœur sont nettement perçus.

11, 10 h. m. — Expression d'un enfant pesant 1700 gr. en état de mort apparente et qui ne peut être ranimé. Délivrance par extraction simple.

Placenta 550 gr. ; membranes 35 : 11 ; cordon 40 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 28

(Année 1901, n° 1854 du registre, *résumée*).

M. J..., 32 ans ; un avortement ; trois accouchements spontanés.

D. R. : 10 au 18 janvier.

Entrée à la clinique le 12 septembre : présentation du plan latéral ; tête ramenée au-dessus du détroit supérieur ; ceinture eutocique.

Entrée à la salle de travail : 21 octobre 6 h. m. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col en voie d'effacement ; enfant vivant.

10, 20 h. m. — Dilatation complète ; tête non engagée ; aucune autre particularité. Rupture artificielle de la poche des eaux : un volumineux paquet de cordon tombe dans le vagin.

Version par manœuvres internes : extraction d'un enfant vivant pesant 2800 gr. Délivrance par expression.

Placenta 480 gr. ; membranes 33:5 ; cordon 68 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 29

(Année 1901, n° 1904 du registre, *résumée*).

J. A..., 28 ans ; a marché à l'âge de 5 ans ; trois accouchements terminés par des applications de forceps.

D. R. : 15 au 20 janvier.

Entrée à la clinique : 30 octobre 7,15 h. m. Ayant subi deux applications de forceps en ville ; le cordon privé de battements pend hors de la vulve. H. U. : 34 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme une paume de main ; diamètre promonto-sous-pubien : 92 mm. ; pas de bruits du cœur fœtal.

Basiotripsie ; extraction d'un enfant pesant 2850 gr. sans substance cérébrale. Délivrance artificielle.

Placenta 400 gr. ; membranes déchirées ; cordon : pas mesuré.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 30

(Année 1901, n° 1967 du registre, *résumée*).

M. S..., 43 ans, primipare.

D. R. : 3 au 5 février. Début du travail 8 novembre vers minuit.

Entrée à la clinique : 9 novembre 9 h. m. H. U. : 36 cm. ; présentation céphalique, col dilaté comme un franc ; membranes rompues ; enfant vivant.

Rien d'anormal pendant le travail ; dilatation complète le 10 novembre à 6,30 h. s.

Pendant la période d'expulsion, l'enfant perd du méconium ; à 9,30 h. s. expulsion spontanée d'un enfant pesant 2880 gr., qui naît en état de mort apparente, mais qui est rapidement ranimé : il y a un procubitus du cordon qui fait un circulaire lâche autour du cou. Délivrance par extraction simple.

Placenta 410 gr. ; membranes 35 : 15 ; cordon 72 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 31

(Année 1901, n° 1972 du registre, *résumée*).

A. B., 24 ans, primipare.

D. R. : 28 janvier au 2 février.

Entrée à la clinique : 10 novembre à 10, 30 h. s. ; H. U. : 31 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme cinq francs ; membranes rompues, enfant vivant.

11 novembre, 2,25 h. m. — Dilatation complète : pendant la période d'expulsion, les bruits du cœur fœtal deviennent sourds et espacés ; à 3 h. m. expulsion d'un enfant mort pesant 2960 gr. : il y a deux circulaires du cordon autour du cou, l'un d'eux formé une anse appliquée sur l'oreille postérieure. Délivrance par extraction simple.

Le délivre n'a pas été examiné.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 32

(Année 1901, n° 2065 du registre, *résumée*).

D. L..., 16 ans, primipare.

D. R. : 13 au 20 février.

Entrée à la clinique : 27 novembre 10. 30 h. s. ; H. U. : 30 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilatable comme deux francs ; membranes intactes ; bruits du cœur fœtal très précipités.

11,30 h. s. — La poche des eaux apparaît à la vulve ; bruits du cœur fœtal sourds. Rupture des membranes ; liquide amniotique vert foncé.

11,45 h. s. — Expulsion spontanée d'un enfant vivant pesant 2910 gr. ; pendant le dégagement de la tête, on voit une anse de cordon appliquée contre l'oreille. Délivrance spontanée.

Placenta 310 gr. ; membranes incomplètes ; cordon 52 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 33

(Année 1902, n° 53 du registre, *résumée*).

L. P., 29 ans, primipare.

D. R. : 27 mars au 2 avril ; début du travail 10 janvier 3 h. s.

Entrée à la clinique : 10 janvier 10 h. s. H. U. : 29 cm. présentation du sommet : O.I.D.P. ; col dilaté comme

un franc; membranes intactes; on n'entend pas de bruits du cœur fœtal.

11 janvier, 3,15 h. m. — Expulsion d'un enfant mort pesant 2780 gr.; procubitus du cordon. Délivrance par extraction simple.

Placenta 410 grammes; membranes 27 : 6; cordon 74 cm.
Suites de couches : normales.

OBSERVATION 34

(Année 1902, n° 99 du registre, *résumée*).

M. A., 31 ans; deux avortements; quatre accouchements à terme (trois présentations de l'épaule).

D. R. : 19 au 29 avril.

Entrée à la clinique : 19 janvier 11 h., s.; H. U. : 29 cm.; utérus bicorne; présentation de l'extrémité céphalique, col dilaté comme deux francs, membranes rompues; procidence d'une main et de l'avant-bras; on sent des cotylédons placentaires décollés. Une hémorragie assez abondante est modérée mais non arrêtée par des injections chaudes. Pouls 90.

La procidence ne peut être réduite. Placement d'un ballon Champetier (500 gr.); l'hémorragie s'arrête.

4,15 h. m. — Expulsion du ballon; après des essais de réduction, la procidence de l'avant-bras est réduite.

4,45 h. m. — Expulsion spontanée d'un enfant vivant pesant 3.580 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta 640 gr.; membranes 35 : 0; cordon 56 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 35

(Année 1902, n° 163 du registre, *résumée*).

L. B. . : 35 ans; trois accouchements spontanés.

D. R. : 18 au 21 avril.

Entrée au dortoir de la clinique le 20 janvier : présentation du plan latéral; tête ramenée au-dessus du détroit supérieur; ceinture eutocique.

Début du travail: 31 janvier 2 h. s.; présentation céphalique. Rien d'anormal pendant la période de dilatation. A la rupture tempestive des membranes, procidence du cordon aussitôt réduite.

1^{re} février 2,15 h. m. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 3.750 gr.

Délivrance artificielle pour hémorragie.

Placenta 510 gr.; membranes déchirées; cordon 82 cm.

Suites de couches: 38°2, pouls 112 le huitième jour.

OBSERVATION 36

(Année 1902, n° 190 du registre, *résumée*).

L. P..., 22 ans, primipare.

D. R. : 8 au 13 mai.

Entrée à la clinique: 7 février 1,30 h. m. H. U.: 34 cm; présentation du sommet OIGA; procidence d'une main; dilatation complète.

3,15 h. m. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 2910 gr.
Délivrance par extraction simple.
Placenta 460 gr.; membranes déchirées; cordon 50 cm.
Suites de couches: normales.

OBSERVATION 37

(Année 1902, n° 425 du registre, *résumée*).

R. M..., 30 ans ; primipare.
D. R. : 10 au 13 juillet.
Entrée à la clinique : 10 mars 10 h. s. : H. U. : 44 m. ; grossesse gémellaire; premier fœtus en présentation du siège. Début du travail: 12 mars 9 h. s.
13 mars, 7 h. m. — Expulsion d'un premier enfant vivant, pesant 2.300 gr. ; manœuvre de Mauriceau ; le second fœtus se présentant par l'extrémité céphalique, on rompt la seconde poche des eaux ; procubitus d'une main ; réduction manuelle ; expulsion spontanée d'un second enfant vivant pesant 2.600 gr. Délivrance par expression française.
Placenta 800 gr. ; 1^{er} cordon 46 cm. : insertion vélamenteuse ; 2^e cordon : 44 cm., insertion marginale ; membranes 36 : 6.
Suites de couches : normales.

OBSERVATION 38

(Année 1902, n° 680 du registre, *résumée*).

L. E.... 32 ans ; un avortement.
D. R. : 4 au 8 juillet.

Entrée à la clinique ; 26 avril 5,30 h. m. ; H. U. : 31 cm. ; présentation du sommet : OIDP ; dilatation lenticulaire ; enfant vivant.

11 h. m. — Rupture artificielle témpestive de la poche des eaux ; douleurs rares et courtes.

11,30 h. s. — La tête apparaît à la vulve ; on constate un procubitus d'une main, réduction manuelle.

2,35 h. s. — Application de forceps ; extraction d'un enfant vivant pesant 3.880 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta 570 gr. ; membranes 36 : 13 cordon 67 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 39

(Année 1902, n° 918, du registre *résumée*).

R. G..., 38 ans, deux accouchements spontanés.

D. R. : 25 au 30 octobre. Hémorragies pendant la grossesse.

Entrée à la clinique 7 juin 7,50 h. m. H. U. : 31 cm, présentation céphalique ; col dilaté comme deux francs ; à travers les membranes intactes, on sent une procidence du cordon qui présente des battements ; échec de la réduction manuelle ; on sent le cordon inséré au bord inférieur du placenta, au voisinage immédiat de l'orifice interne ; disparition des bruits du cœur fœtal.

9,40 h. m. — Expulsion d'un enfant mort pesant 2370 gr. Délivrance artificielle pour hémorragie.

Placenta 450 gr. ; membranes 33 : 40 ; cordon 56 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 40

(Année 1902, n° 982 du registre, *résumée*).

S. J..., 24 ans, primipare.

D. R. : 8 au 10 septembre.

Entrée à la clinique : 17 juin 10.10 h. s. ; H. U. : 36 cm. ;

Présentation céphalique, col dilaté comme cinq francs ; à travers les membranes intactes, on sent le cordon procident ; enfant vivant. Réduction manuelle après plusieurs tentatives, les bruits du cœur restent sourds.

Le travail marche lentement : le 18 juin à 5 h. s., dilatation comme une paume de main ; on ne perçoit plus de bruits du cœur fœtal : tête toujours très élevée. Basiotripsie ; extraction d'un enfant pesant 2830 gr. sans substance cérébrale. Délivrance artificielle.

Placenta 550 gr. ; membranes complètes ; cordon 76 cm.

Suites de couches : 38° 8 le quatrième jour.

OBSERVATION 41

(Année 1902, n° 1341 du registre, *résumée*).

A. A..., 28, ans un accouchement spontané.

D. R. : 10 au 12 décembre. Rupture prématurée des membranes.

Entré à la clinique : 31 août 7 h. s. ; H. U. : 30 cm ; présentation de l'extrémité céphalique : dilatation comme une paume de main ; procidence du cordon ; quelques bruits du

cœur fœtal sourds et espacés, tentative infructueuse de réduction manuelle.

11, 50 h. s. — Expulsion d'un enfant mort pesant 2.610 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta 450 gr. ; membranes 22 : 6 ; cordon 74 cm., insertion sur le bord inférieur du placenta.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 42

(Année 1902, n° 1555 du registre, *résumée*).

J. M..., 24 ans : 4 accouchements spontanés.

D. R. : 11 au 14 février.

Entrée à la clinique: 14 octobre 11,30 h. s. H. U. : 30 cm. ; présentation de l'épaule ; col dilatable comme cinq francs ; membranes intactes.

Version par manœuvres externes ; ceinture eutocique.

2,30 h. s. — Tête non engagée ; procidence d'un bras ; dilatation complète, rupture artificielle des membranes ; version par manœuvres internes ; extraction d'un enfant vivant pesant 4.450 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta 380 gr. ; membranes 32 : 12 ; cordon 45 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 43

(Année 1902, n° 1632 du registre, *résumée*).

J. M..., 26 ans, a marché à deux ans ; un accouchement spontané.

D. R. : 25 au 28 décembre.

Entrée à la clinique : 6 octobre 8,50 h. s. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme cinq francs ; membranes rompues ; procidence d'un pied et d'une anse de cordon animé de rares battements ; auscultation négative. Réduction manuelle de la procidence.

11,25 h. s. — Expulsion d'un enfant mort pesant 3230 gr. Délivrance par expression.

Placenta 500 gr. ; membranes 30 : 16 ; cordon 82 cm., inséré sur le bord inférieur du placenta.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 44

(Année 1902, n° 1793 du registre, *résumée*).

M. L..., 20 ans ; un accouchement spontané.

D. R. : 14 au 18 février. Début du travail : 25 novembre 2 h. s.

Entrée à la clinique ; 25 novembre 3,30 h. s. ; H. U. : 32 ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme cinq francs ; membranes intactes ; enfant vivant.

4 h. s. — Rupture tempestive spontanée de la poche des eaux ; procidence du cordon. Tentatives infructueuses de réduction manuelle ; deux doigts sont maintenus en permanence dans le vagin, à côté de la tête fœtale, pour prévenir autant que possible la compression du cordon ; dix minutes après, la femme est exhortée à pousser et expulse en une seule contraction un enfant pesant 2830 gr., qui naît étonné, mais qui est bientôt ranimé. Délivrance spontanée.

Placenta: 740 gr. ; membranes 35 : 4 ; cordon 53 cm., inséré au bord inférieur du placenta.

Suites de couches : 38^e les deuxième et cinquième jours

OBSERVATION 45

(Année 1902, n° 1806 du registre, *résumée*).

L. G..., 23 ans ; primipare.

Date des dernières règles ignorée.

Entrée à la clinique: 27 novembre 12,30 h. m. ; H. U. : 26 cm. ; présentation céphalique ; col dilaté comme cinq francs ; membranes intactes ; procidence d'une main. Réduction manuelle.

1,35 h. s. — Expulsion d'un fœtus vivant pesant 1.420 gr. (mort deux jours après sa naissance). Délivrance par extraction simple.

Placenta 360 gr. ; membranes 26 : 2 ; cordon 42 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 46

(Année 1902 : n° 1900 du registre, *résumée*).

L. E..., 20 ans, primipare.

Date des dernières règles ignorée.

Entrée à la clinique: 12 décembre 9,45 h. s. ; H. U. : 33' c m. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme deux francs ; membranes rompues ; procidence du cordon ne présentant plus de battements. Réduction manuelle ; on n'entend pas les bruits du cœur.

11.20 h. s. — Dilatation complète ; les bruits du cœur fœtal commencent à être perçus.

Minuit : expulsion d'un enfant pesant 3.700 gr. qui naît en état de mort apparente et qui est ranimé. Délivrance par extraction simple.

Placenta 630 gr. ; membranes 27 : 2 ; cordon 60 cm. ; insertion à la partie basse du placenta.

Suites de couches : fébriles du sixième au neuvième jour.

OBSERVATION 47

(Année 1902, n° 1909 du registre, *résumée*).

X..., 21 ans, primipare.

D. R. : 15 au 22 mars.

Entrée à la clinique : 13 décembre 2 h. s. ; H. U. : 29 cm. ; présentation du sommet : OIDP ; col en voie d'effacement ; membranes intactes.

14 décembre 5,40 h. s. — Dilatation complète ; on constate la procidence d'une main. Réduction manuelle. Dix minutes après, expulsion d'un enfant vivant pesant 2410 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta 460 gr. ; membranes 23 : 10 ; cordon 37 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 48

(Année 1902, n° 1966 du registre, *résumée*).

E. P..., 37 ans, quatre accouchements spontanés.

D. R. : 10 au 15 février.

Entrée à la clinique : 23 décembre 10, 30 h. s. ; H. U. : 39 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col en voie d'effacement ; membranes intactes ; enfant vivant.

24 décembre, 4 h. s. — Dilatation comme une paume de main ; procidence d'une main. Réduction manuelle ; la dilatation se complète rapidement.

4, 15 h. s. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 3720 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta 650 grammes ; membranes 32 : 10 ; cordon 88 cm. Suites de couches : fébriles du sixième au dixième jours.

OBSERVATION 49

(Année 1903, n° 113 du registre, *résumée*).

R. C..., 30 ans ; huit accouchements spontanés.

Date des dernières règles ignorée.

Entrée à la clinique : 19 janvier 6 h. s. : H. U. : 36 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme deux francs ; procidence d'un avant-bras ; membranes rompues. Réduction manuelle ; ceinture entocique.

10, 20 h. s. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 3700 gr. Délivrance par extraction simple.

Placenta ? ; membranes 30 : 2 ; cordon 72 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 50

(Année 1903, n° 214 du registre, *résumée*).

T. S., 29 ans ; un avortement ; deux accouchements spontanés.

D. R. : 18 au 28 avril.

Entrée à la clinique : 4 février, midi ; H. U. : 33 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col en voie d'effacement ; membranes rompues.

2 h. s. — Procidence du cordon animé de battements réguliers mais faibles ; tête non engagée ; réduction manuelle ; les bruits du cœur s'améliorent rapidement.

Expulsion d'un enfant vivant pesant 2940 gr.

Délivrance par expression.

Placenta ? ; membranes 32 : 4 ; cordon 60 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 51

(Année 1903, n° 410 du registre, *résumée*).

A. M..., 30 ans, un avortement ; un accouchement spontané.

D. R. : 4 au 7 juillet.

Entrée à la clinique : 8 mars 3,35 h. s. ; H. U. : 27 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme un franc ; membranes rompues ; procidence du cordon et d'une main. Réduction manuelle.

8 h. s. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 2080 gr.

Délivrance par extraction simple.

Placenta 410 gr. ; membranes 19 : 9 ; cordon 56 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 52.

(Année 1903, n° 417 du registre, *résumée*).

S. P.... 34 ans, deux accouchements spontanés dont un prématuré.

D. R. : 7 au 11 juillet.

Entrée à la clinique : 9 mars 3,50 h. m, H. U. : 37 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme deux francs ; membranes rompues ; procidence du cordon animé de battements. Tentatives infructueuses de réduction ; on diagnostique une insertion vicieuse du cordon ; après chaque réduction, le cordon retombe.

3,20 h. s. — Expulsion d'un enfant mort pesant 3440 gr.

Délivrance par expression.

Placenta 520 gr. ; membranes 32 : 10 ; cordon 83 cm. ; insertion vicieuse du cordon.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 53

(Année 1903, n° 423 du registre, *résumée*).

D. A..., 22 ans, un accouchement spontané.

D. R. : 28 juin au 2 juillet.

Entrée à la clinique : 10 mars à 10 h. s. ; H. U. : 39 centimètres ; grossesse gémellaire ; le premier fœtus se présente par le sommet.

Après l'expulsion d'un premier enfant qui pèse 2350 grammes et qui est vivant, on sent à travers les membranes une main du second fœtus qui fait procidence au-devant de la tête qui se présente. Réduction manuelle, puis rupture artificielle des membranes. Expulsion du second enfant, vivant, pesant 2620 gr.

Délivrance par extraction.

Placenta 760 gr. ; membranes déchirées ; cordons 48 et 45 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 54

(Année 1903, n° 805 du registre, *résumée*).

C. M..., 33 ans ; trois accouchements spontanés.

D. R. : 22 au 30 août.

Entrée à la clinique : 11 mai 3 h. s. ; H. U. : 32 cm ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme deux francs ; membranes rompues ; procidence du cordon privé de battements, d'une main et d'un pied ; auscultation nulle.

Expulsion d'un fœtus mort et macéré pesant 3.050 gr.

Délivrance par extraction.

Placenta 550 gr. ; membranes 31 : 8 ; cordon 76 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 55

(Année 1903, n° 809 du registre, *résumée*).

S. M..., 44 ans ; six accouchements spontanés..

D. R. : fin août.

Entrée à la clinique : 13 mai 3 h. m. ; H. U. : 37 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme cinq francs ; membranes rompues ; procidence du cordon privé de battements ; auscultation nulle. Réduction manuelle.

Expulsion d'un enfant mort pesant 4.100 gr.

Délivrance par extraction.

Placenta 720 gr. ; membranes 27 : 10 ; cordon 75 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 56

(Année 1903, n° 896 du registre, *résumée*).

C. M..., 22 ans ; un accouchement spontané.

D. R. : 26 au 30 avril.

Entrée à la clinique : 26 mai 8,30 h. s. ; H. U. : 36 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme deux francs ; membranes intactes ; procidence du cordon ; bruits du cœur fœtal : 120 Tentatives infructueuses de réduction du cordon à travers les membranes ; rupture artificielle des membranes : réduction du cordon.

10,45 h. s. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 3050 gr.

Délivrance par extraction.

Placenta 580 gr. ; membranes 34 : 5 ; cordon 58 cm., insertion vicieuse du cordon.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 57

(Année 1903, n° 952 du registre, *résumée*).

C. F..., 30 ans ; deux accouchements terminés par des basiotripsies.

D. R. : 1 au 3 septembre.

Entrée à la clinique : 4 juin 10,30 h. s. ; H. U. : 33 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; diamètre promonto-sous-pubien : 92 mm. ; enfant vivant.

11 h. s. — Rupture précoce des membranes ; procidences de plusieurs anses de cordon ; malgré toutes les tentatives faites,

la réduction ne peut être obtenue et les bruits du cœur fœtal disparaissent.

Basiotripsie ; extraction d'un enfant pesant 2875 gr. sans substance cérébrale. Délivrance par extraction.

Placenta : 380 gr. ; membranes 34 : 5 ; cordon 58 cm.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 58

(Année 1903, n° 1600 du registre, *résumée*).

C. L., 40 ans : un accouchement spontané, enfant mort ; un accouchement à 8 mois terminé par le forceps, enfant vivant ; six grossesses terminées par des basiotripsies ; un accouchement à 7 mois spontané ; un accouchement spontané enfant vivant ; symphyséotomie à la clinique Baudelocque : enfant vivant pesant 3250 gr. ; deux avortements.

Date des dernières règles : inconnue.

Entrée à la clinique : 23 septembre 9 h. s. ; H. U. : 40 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme deux francs ; diamètre promonto-sous-pubien : 103 mm.

24 septembre : 5 h. m. — Rupture précoce des membranes ; procidence du cordon ; auscultation négative. Réduction manuelle ; les bruits du cœur fœtal reparaissent.

6,10 h. m. — Expulsion brusque d'un enfant vivant pesant 3670 gr. Délivrance par extraction.

Placenta 740 grammes ; membranes 25 : 0 ; cordon : 50. cm ; un circulaire serré.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 59

(Année 1903, n° 1678 du registre, *résumée*).

R. H..., 35 ans, un accouchement spontané.

D. R. : 13 au 18 décembre : présentation du siège pendant la grossesse ; version par manœuvres externes ; albumine.

Entrée à la clinique . 7 octobre, 1 h. m. ; H. U. : 32 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme cinquante centimes ; membranes intactes ; enfant vivant.

4,30 h. s. — Rupture spontanée des membranes : liquide verdâtre ; la tête plonge brusquement dans le bassin ; la dilatation est complète ; le cordon fait procidence.

Deux contractions utérines amènent l'expulsion d'un enfant mort pesant 3150 gr. : Délivrance par extraction.

Placenta 580 gr. ; membranes 33 : 2 ; cordon 82 cm.

Suites de couches : fébriles les deuxième et troisième jours.

OBSERVATION 60

(Année 1903, n° 1698 du registre, *résumée*).

L. C..., 19 ans ; primipare.

D. R. : 4 janvier. Début du travail : 9 octobre, minuit.

Entrée à la clinique : 10 octobre 4 h. m ; H. U. : 33 cm. ; présentation de la face : MIDP ; col dilaté comme deux francs ; membranes intactes ; enfant vivant.

8. 30 h. m. — Rupture précoce des membranes ; procidence du cordon ; réduction manuelle.

9. 50 h. m. — Expulsion d'un enfant mort pesant 3550 gr.

Délivrance par extraction.

Placenta : 650 gr. ; membranes 33 : 5 ; cordon : 1 mètre.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 61

(Année 1903, n° 1725 du registre, *résumée*)

B. L..., 39 ans ; sept accouchements spontanés.

D. R. : 22 au 24 février.

Entrée à la clinique : 15 octobre, 2 h. m ; H. U. : 36 cm. ; présentation de l'extrémité céphalique ; la poche des eaux fait saillie à la vulve ; rupture artificielle des membranes : deux litres et demi de liquide amniotique ; malgré les précautions prises, il se produit une procidence du cordon et d'une main qu'on réduit, puis d'un membre inférieur qu'on ne peut réduire. Version par manœuvres internes ; extraction d'un enfant mort pesant 1990 gr. Délivrance par extraction.

Placenta 340 gr. ; membranes 25 : 5 ; cordon 50 cm.

Suites de couches : normales

OBSERVATION 62

(Année 1903, n° 1843 du registre, *résumée*).

A. C..., 22 ans, deux accouchements spontanés.

D. R. : Fin de janvier. Début du travail : 4 novembre 11,30 h. m.

Entrée à la clinique : 4 novembre 6 h. s. ; à l'arrivée, la poche des eaux se rompt prématurément ; le liquide amniotique, très abondant, entraîne le cordon hors de la vulve. Réduction manuelle ; dix minutes après, les bruits du cœur fœtal disparaissent.

8,30 h. s. — Expulsion d'un enfant mort pesant 3000 gr. Délivrance par extraction.

Placenta 350 gr. ; membranes 18 : 8 ; cordon 60 cm., inséré à 3 cm. du bord inférieur du placenta.

Suites de couches : normales.

OBSERVATION 63

(Année 1903, n° 2112 du registre, *résumée*).

J. L..., 24 ans, a marché à 4 ans ; un avortement.

D. R. : 15 au 20 mai.

Entrée à la clinique : 23 décembre 5,10 h. s. ; H. U. : 43 cm. ; excès de liquide amniotique ; présentation de l'extrémité céphalique ; col dilaté comme un franc ; membranes intactes ; diamètre promonto-sous-pubien : 97 mm. ; procidence du cordon. Bruits du cœur fœtal bons.

24 décembre : 3,40 h. m. — Rupture prématurée des membranes ; réduction manuelle du cordon.

8,45 h. m. — Symphyséotomie ; extraction d'un enfant vivant pesant 4450 gr. Délivrance artificielle.

Placenta : 840 grammes ; membranes 38 : 10 ; cordon 96 cm.

Suites de couches : fébriles : phlegmatia.

OBSERVATION 64

(Année 1903, n° 2120 du registre, *résumée*).

K. M..., 27 ans, primipare.

D. R. : 15 juin. Hémorragies pendant la grossesse et au début du travail.

Entrée à la clinique : 25 décembre 3 h. m. ; H. U. : 36 cm. ; tête mobile au-dessus du détroit supérieur ; par le toucher on sent des coylédons placentaires recouvrant l'orifice extérieur. Col entier, perméable ; enfant vivant ; pouls ?

4.40 h. s. — Col dilaté comme cinq francs ; rupture artificielle des membranes ; procidence du cordon. Réduction manuelle.

5.45 h. s. — Expulsion d'un enfant vivant pesant 1.300 gr. (mis en couveuse). Délivrance par extraction.

Placenta 280 gr. ; membranes 30 : 0 ; cordon 58 cm. Insertion vélamenteuse.

Suites de couches : normales.

CONCLUSIONS

I. — La présentation de l'extrémité céphalique est celle qui expose le moins aux procidences.

II. — La vraie cause des procidences accompagnant la présentation de l'extrémité céphalique est la non-accommodation de la tête fœtale au bassin maternel.

III. — La multiparité, l'insertion du placenta sur le segment inférieur, la viciation du bassin, l'hydramnios sont des causes très importantes de procidence, principalement par la non-accommodation pelvienne de la tête fœtale qu'elles déterminent. Elles peuvent agir en même temps par d'autres mécanismes spéciaux à chacune d'elles mais toujours accessoires et surajoutés à l'influence principale exercée par la non-accommodation pelvienne.

IV. — L'insertion *vicieuse* et l'insertion *vélamenteuse* du cordon jouent un rôle important dans l'étiologie des procidences du cordon.

V. — Le volume de l'enfant et la longueur du cordon ont un rôle plus secondaire dans l'étiologie des procidences.

VI. — La présence de circulaires du cordon autour du cou favorise la production d'un procubitus du cordon.

VII. — L'enfant étant vivant, la constatation d'une procidence commande l'intervention, quel que soit le moment du travail où est porté le diagnostic de procidence. L'intervention doit être pratiquée le plus rapidement possible, surtout s'il s'agit d'une procidence ou d'un procubitus du cordon. Elle est indiquée même en l'absence de battements dans le cordon, s'il y a encore des bruits du cœur fœtal.

VIII. — La réduction de la procidence est l'intervention de choix ; elle ne doit être faite qu'à l'aide de *la main introduite entièrement dans le vagin*. Il y a avantage à la faire suivre de la rupture artificielle des membranes, lorsque la procidence plusieurs fois réduite retombe sans cesse dans la poche des eaux.

IX. — La version par manœuvres internes trouve exceptionnellement son indication et seulement dans les cas où, la dilatation étant complète, la tête non encore engagée, l'enfant encore vivant, la réduction manuelle de la procidence échoue.

X.— L'application de forceps est indiquée lorsque, la tête étant engagée et la dilatation complète, l'enfant est encore vivant, malgré l'existence d'une procidence ou surtout d'un procubitus.

XI. — Les résultats obtenus dans la thérapeutique des procidences varient suivant la nature de la procidence, le moment où se produit cette procidence, le moment où se fait la rupture des membranes, l'existence ou l'absence d'une autre complication.

XII. — Le procubitus du cordon est aussi grave que la procidence proprement dite au point de vue de la vie de l'enfant.

Vu : le Président de la thèse.

PINARD

Vu : le Doyen.

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
CHAPITRE I. — <i>Conditions dans lesquelles ont été observés les 64 cas de procidence de notre statistique.</i> . .	15
CHAPITRE II. — <i>Traitement employé dans nos 64 cas de procidence</i>	30
CHAPITRE III. — <i>Résultats obtenus dans les 64 cas de pro- cidence de notre statistique</i>	38
OBSERVATIONS	45
Conclusions	87

